

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1927-1928. — N° 91

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
GASTRO-GASTROSTOMIE
DANS
LE TRAITEMENT DE L'ESTOMAC BILOCLAIRE
D'ORIGINE ULCÉREUSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mardi 17 juillet 1928

PAR

François-Léon-André COSTEDOAT-LAMARQUE

INTERNE DES HÔPITAUX

LAURÉAT DES HÔPITAUX

Né à ROQUEFORT (Landes), le 12 mai 1899.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.	Président.
		PORTMANN, professeur....	Juges
		TEULIÈRES, professeur	
		BEAUVIEUX, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1928



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548412_0081

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1927-1928. — N° 91

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GASTRO-GASTROSTOMIE

DANS

LE TRAITEMENT DE L'ESTOMAC BILOCULAIRE
D'ORIGINE ULCÉREUSE



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mardi 17 juillet 1928

PAR

François-Léon-André COSTEDOAT-LAMARQUE

INTERNE DES HÔPITAUX

LAURÉAT DES HÔPITAUX

Né à ROQUEFORT (Landes), le 12 mai 1899.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.	{	Président.
		PORTMANN, professeur....		Juges
		TEULIÈRES, professeur		
		BEAUVIEUX, agrégé.....		

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

—
1928

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU,
W. DUBREUILH, RIVIÈRE

PROFESSEURS :

MM.		MM.	
Clinique médicale	VERGER.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	MAURIAC.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thér.apeutiques générales	CARLES.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	N.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Anatomie	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité méd.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. LABAT (Pharmacie). — DELAUNAY (Physiologie).
MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).



AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie.	DUBECQ.	Maladies mentales.	PERRENS.
Histologie.	LACOSTE.	Chirurgie générale.	PAPIN.
Anatomie pathologique.	MURATET.	id.	JEANNENEY.
Parasitologie et sciences naturelles.	R. SIGALAS.	id.	CHARRIER.
Histoire naturelle pharmaceutique.	FOURMENT.	id.	LOUBAT.
Médecine générale.	GREYX.	Obstétrique.	PERY.
id.	BONNIN.	id.	FAUGÈRE.
id.	AUBERTIN.	Ophtalmologie.	BEAUVIEUX.
id.	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.	JOULIA.
id.	PIÉCHAUD.	Pharmacie.	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmac.	LABAT
Médecine opératoire	PAPIN.	Pharmacie chimique	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Chimie minérale	GOLSE.
Puériculture	ANDÉRODIAS.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE COMMANDANT COSTEDOAT-LAMARQUE
MORT AU CHAMP D'HONNEUR
LE 30 AOUT 1914 A SERY-LES-MÉZIÈRES (AISNE)

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA FEMME — A MA FILLE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VENOT (*in memoriam*)
MONSIEUR LE PROFESSEUR CARLES
MONSIEUR LE DOCTEUR ROCAZ
MONSIEUR LE PROFESSEUR VERGER

Internat :

MONSIEUR LE DOCTEUR BRINDEL (provisoire)
MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDÉRODIAS
MONSIEUR LE DOCTEUR CHARBONNEL
MONSIEUR LE PROFESSEUR CRUCHET
MONSIEUR LE DOCTEUR LEFÈVRE
MONSIEUR LE DOCTEUR LACOUTURE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHARRIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BÉGOUIN

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

AVANT-PROPOS

Au moment de quitter la Faculté et les hôpitaux de Bordeaux, nous tenons à exprimer à nos maîtres toute notre reconnaissance.

Nos remerciements très sincères vont à tous ceux qui ont contribué, à quelque degré que ce soit, à notre éducation professionnelle, et nous prions tous nos maîtres de vouloir bien accepter ce modeste témoignage de gratitude.

Que M. le professeur agrégé Charrier, qui nous a inspiré cette thèse, soit assuré de notre respectueuse sympathie.

Nous prions M. le professeur Bégouin, qui nous a fait l'honneur d'en accepter la présidence, de trouver ici l'expression de notre plus profonde reconnaissance et de notre bien grand respect.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GASTRO-GASTROSTOMIE

DANS LE TRAITEMENT DE L'ESTOMAC BILOCLAIRE

D'ORIGINE ULCÉREUSE

INTRODUCTION

L'estomac biloculaire est caractérisé par la présence d'une sténose divisant la cavité gastrique en deux poches : l'une cardiaque, l'autre pylorique, qui communiquent par un canal plus ou moins rétréci. Exceptionnellement congénitale, cette déformation peut être provoquée par des facteurs étiologiques divers. L'un d'entre eux l'emporte de beaucoup par sa fréquence : c'est l'ulcère de la petite courbure. Nous n'envisageons dans cette étude que l'estomac biloculaire d'origine ulcéreuse.

Le traitement de cette affection est essentiellement chirurgical. « Dès que la biloculation détermine des troubles de circulation des aliments dans la cavité gastrique, aucun traitement médical ne peut guérir le mal. Le médecin peut soulager son malade, mais, comme le dit Hartmann, « il le fait vivre et le laisse infirme » (Veyrassat).

La première intervention pour sténose médiogastrique faite par Bardeleben en 1889 a été le point de départ de nombreux travaux sur le traitement chirurgical de l'estomac biloculaire. De nombreux auteurs, tant en France qu'à l'étranger, ont publié leurs méthodes opératoires et leurs statistiques.

Ces méthodes peuvent se ranger en deux catégories :

1° Les unes suppriment à la fois la biloculation et l'ulcère qui la cause : elles sont curatrices;

2° Les autres cherchent seulement à remédier au mauvais fonctionnement de l'évacuation stomacale et aux troubles qu'il engendre sans toucher à la lésion elle-même : elles sont palliatives.

Longtemps, comme suite des travaux de Bouveret Grünfeld, qui voyait dans la biloculation un processus de guérison de l'ulcère, ce traitement palliatif fut seul envisagé.

A l'heure actuelle, il est bien établi que toutes les fois qu'elle est possible, l'exérèse est l'intervention de choix. Santy, dans sa thèse, a montré, par des constatations cliniques, opératoires et cadavériques, qu'à côté des biloculations purement cicatricielles, il en est d'autres où les lésions ulcéreuses sont encore en activité, d'où nécessité d'une opération radicale sous peine de voir se développer ultérieurement des accidents liés à l'évolution de l'ulcère.

Mais qu'il s'agisse de résection annulaire médiogastrique ou de pyloro-gastrectomie, l'exérèse reste une intervention sérieuse ne pouvant convenir à tous les cas. Elle exige, pour être menée à bien, certaines conditions générales et locales qui ne sont pas toujours réalisées.

Aussi, à côté de l'intervention radicale, qui doit rester à la base de la thérapeutique chirurgicale de l'estomac biloculaire, y a-t-il place, dans certains cas bien définis, pour des interventions palliatives.

Laissant de côté la gastroplastie aujourd'hui abandonnée, ces interventions sont au nombre de deux :

1° La gastro-entérostomie sur la poche cardiaque ;

2° La gastro-gastrostomie ou gastro-anastomose.

La gastro-entérostomie a été, semble-t-il, le plus souvent employée. Appliquée à la cure de l'estomac biloculaire par von Eiselsberg en 1894, défendue au Congrès de Bruxelles de 1905 par Jonnesco et Hartmann, elle constitue pour Christophe (1923) le traitement de choix de l'ulcère de la petite courbure ayant amené une sténose médiogastrique serrée quand l'exérèse n'est pas possible.

La gastro-gastrostomie due à Wölfler (1894), modifiée dans sa technique par Watson (1900) et plus récemment par Lecène, a été longtemps délaissée. Certains auteurs, et en particulier P. Duval et Lecène, ont de nouveau attiré l'attention sur elle et publié des résultats favorables.

A propos de 4 observations inédites de gastro-gastrostomie que nous avons eu la bonne fortune de rassembler, il nous a paru intéressant d'étudier cette intervention, d'en préciser les indications vis-à-vis de la gastro-entérostomie et d'en indiquer les résultats.

CHAPITRE PREMIER

Techniques de la gastro-gastrostomie.

La gastro-gastrostomie peut être réalisée suivant plusieurs procédés techniques. Deux sont surtout utilisés :

1° La gastro-gastrostomie linéaire qui est le procédé primitif décrit par Wölfler ;

2° La gastro-gastrostomie en fer à cheval préconisée par Lecène et qui est l'application à la cure de l'estomac biloculaire du procédé de la pyloro-duodénostomie de Finney.

Nous ne signalerons que pour mémoire la technique de Watson, peu employée d'ailleurs.

1° Gastro-gastrostomie linéaire.

Voici les différents temps opératoires :

a) Rapprochement et union des deux poches cardiaque et pylorique par un surjet séro-séreux postérieur mené de haut en bas, s'étendant du point rétréci à la grande courbure. Point d'arrêt sur le bord inférieur. Le fil et l'aiguille sont conservés.

b) Après protection soigneuse du champ opératoire, incision linéaire de l'estomac sur chaque poche, parallèlement au surjet séro-séreux et à peu de distance de lui. Aspiration du liquide gastrique si besoin est.

c) Surjet total, d'abord postérieur de haut en bas, puis antérieur de bas en haut.

d) Surjet séro-séreux antérieur. On le mène de bas en haut avec le fil et l'aiguille qui ont déjà été utilisés pour le surjet séro-séreux postérieur dont il n'est que la continuation.



estomac bilobulaire



Les 2 poches sont réunies par un
séro-séreux postérieur



ouverture en fer à
cheval



suture totale des parois
gastriques



suture séro-muqueuse antérieure.
(l'opération est terminée.)

La bouche anastomotique se trouve placée au-dessous du canal sténosé et la communication des deux poches sus et sous-stricturales se fait au point déclive.

2° Gastro-gastrostomie en fer à cheval

(procédé de Finney-Lecène).

Les temps opératoires sont les mêmes que dans l'intervention précédente. Seul le trajet de l'incision des parois gastriques diffère. Celle-ci est faite en forme de fer à cheval renversé avec une branche sur chaque poche et la courbe au niveau de la sténose médiogastrique. La convexité du fer à cheval répond à la petite courbure.

Cette intervention est celle qui corrige le mieux la déformation biloculaire. La cavité gastrique se trouve entièrement rétablie dans sa continuité. Aux deux orifices de communication créés par la gastro-gastrostomie linéaire, elle substitue une anastomose unique, large, utilisant toute la hauteur primitive de l'estomac. Elle constitue le procédé de choix.

3° Procédé de Watson.

Publié par son auteur en 1900, ce procédé n'est plus utilisé.

La poche pylorique est rabattue sur la poche cardiaque et les surfaces amenées au contact sont réunies par une rangée de sutures circonscrivant une surface elliptique. Sur la portion pylorique retournée, on pratique une incision qui permet de mettre à jour les surfaces d'estomac adossées et d'établir entre elles une communication de 3 pouces de long.

Ce procédé nécessite pour sa réalisation une grande mobilité de la poche pylorique et, par conséquent, s'adresse à des cas où, en raison de cette mobilité, l'exérèse peut être envisagée.

CHAPITRE II

Indications opératoires.

« D'une façon générale, la biloculation gastrique est une affection grave, dont la marche, l'évolution et, par conséquent, le pronostic sont très analogues à ceux de la sténose du pylore » (Mathieu). Le diagnostic établi, il importe donc d'intervenir chirurgicalement sans délai.

Le problème thérapeutique que doit résoudre le chirurgien est complexe. Il doit, avant de se décider pour telle ou telle intervention, en réunir toutes les données, les analyser attentivement et, selon les éléments rassemblés, opter pour tel ou tel mode thérapeutique.

1° **Choix entre l'exérèse ou la dérivation.**

Le premier point à établir est le suivant : faut-il pratiquer une opération radicale ou une anastomose : exérèse ou dérivation ?

Nous avons déjà dit que l'exérèse constituait, toutes les fois qu'elle était possible, l'opération de choix. Malheureusement, il est de nombreux cas où elle n'est pas applicable. Sur quelles considérations le chirurgien doit-il alors se baser pour la repousser ?

Deux facteurs primordiaux sont à envisager :

- 1° L'état général du sujet ;
- 2° L'aspect local des lésions.

L'examen de l'état général va permettre à l'opérateur de fixer

le coefficient de résistance de son malade. S'agit-il d'un individu très amaigri, pâle, affaibli par une longue souffrance et en état de dénutrition avancée, il sera orienté d'emblée vers une intervention rapide. La nécessité d'un traumatisme opératoire minimum lui fera rejeter la possibilité immédiate d'une exérèse. Il importe, en premier ressort, de permettre à l'organisme de se remonter et, pour ce, de pratiquer une opération de dérivation, quitte à envisager pour un second temps la possibilité d'une intervention plus radicale. L'étude de la tension artérielle, le dosage de l'urée sanguine, la numération globulaire, la recherche de l'acétone, viendront, par leurs résultats, confirmer souvent ce que l'œil du clinicien avait aperçu de prime abord.

Cependant, chez un sujet dont l'état général ne contre-indique pas une exérèse immédiate, l'examen local des lésions au cours de l'intervention doit influencer sur le choix du procédé opératoire.

Le chirurgien constate-t-il la présence d'un ulcère en évolution manifeste, d'un ulcère calleux de la petite courbure ayant creusé dans les tissus gastriques une niche déjà profonde pouvant rapidement provoquer des accidents graves, la nécessité de l'ablation des lésions s'impose. Si, au contraire, la lésion ulcéreuse, cause de la biloculation, est indubitablement cicatricielle, l'opérateur se contentera alors d'une dérivation qui, dans ce cas, amènera le plus souvent une guérison définitive.

Malheureusement, nous devons reconnaître avec P. Duval qu'au cours de l'intervention, il est parfois difficile de distinguer ces deux variétés d'ulcère. Dans le cas de doute, si la résistance du sujet le permet, le chirurgien ne devra pas hésiter et choisira le procédé assurant à son opéré une guérison radicale.

2° Gastro-gastrostomie ou gastro-entérostomie ?

Quand il s'est rallié à l'idée d'une intervention de dérivation, le chirurgien doit encore choisir. Quel procédé va-t-il utiliser : gastro-gastrostomie ou gastro-entérostomie ?

C'est l'inventaire soigneux des lésions qu'il a sous la main qui

va lui permettre de se décider. Comme l'a écrit Veyrassat, « il n'est pas d'estomac biloculaire type, il est des estomacs biloculaires les uns à poches égales, les autres à poches inégales; d'autres encore à sténose plus ou moins serrée, simple ou compliquée de sténose pylorique. Enfin, il y a des estomacs adhérents et fixés et des estomacs biloculaires sans adhérences et libres ».

Wölfler avait, à l'origine, posé trois indications à la gastro-gastrostomie :

- 1° Longueur et étroitesse de la sténose;
- 2° Adhérences de l'estomac;
- 3° Forte dilatation et atrophie pariétale de la poche cardiaque.

En 1907, Tuffier déclare que la gastro-gastrostomie constitue l'intervention de choix dans l'estomac biloculaire; mais en 1913, avec Roux-Berger, il apporte certaines restrictions et dit qu'on ne peut espérer de bons résultats de cette intervention que lorsque les deux poches sont restées très mobiles.

Hartmann, en 1907, conclut également qu'avec un pylore perméable, une sténose longue et étroite, une poche cardiaque petite, la gastro-gastrostomie est la meilleure intervention, car « elle ménage le mieux la fonction stomacale ».

P. Duval, en 1914, à la Société de chirurgie, à propos de 3 cas d'estomac biloculaire traités avec succès par gastro-gastrostomie, reprend les indications de cette intervention. Elles sont précisées à nouveau par lui en 1919, puis par Lecène qui, dans le *Journal de chirurgie*, en 1921, en publie des résultats éloignés.

Quatre éléments sont à considérer dans le choix de l'intervention de dérivation pour l'estomac biloculaire :

- a) La dimension respective des poches;
- b) L'étendue des lésions et des adhérences;
- c) L'état de l'orifice pylorique;
- d) Possibilité de l'exérèse secondaire.

a) *Dimensions respectives des poches.* — 1° Les deux poches pylorique et cardiaque sont de volume à peu près égal. L'opé-

rateur a le choix entre la gastro-gastrostomie et la double gastro-entérostomie préconisée par Clément et Montprofit. Mais cette dernière est plus difficile au point de vue technique, plus longue, et nécessite des manipulations plus considérables; elle est rarement utilisée. La gastro-gastrostomie devient, dans ce cas, l'opération de choix.

2° Poche cardiaque petite, avec volumineuse poche pylorique. On comprend facilement que la gastro-entérostomie ne puisse convenir ici. Elle nécessite, du fait de la petitesse de la poche sus-stricturale cachée sous le rebord costal, l'emploi d'une anse jéjunale longue; d'où mauvais fonctionnement de l'anastomose. Au contraire, l'abouchement direct des deux poches ne présente pas d'inconvénients et la gastro-gastrostomie est encore, dans cette alternative, l'opération la plus favorable. Christophe signale 1 cas où une gastro-entérostomie faite sur une poche cardiaque petite entraîne, après chaque prise d'aliments, des troubles dus à la faible capacité de la poche.

3° Poche pylorique petite, grande poche cardiaque.

Dans ce cas, l'indication devient la même que pour une sténose du pylore. La gastro-entérostomie transmésocolique postérieure faite au point déclive avec une anse courte permet une vidange parfaite de l'estomac et doit être préférée à la gastro-anastomose. Elle permettra, de plus, au suc gastrique de venir dans l'estomac, d'en alcaliniser le milieu, ce qui pourra permettre, dans une certaine mesure, la cicatrisation de l'ulcère.

b) *Étendue des lésions et des adhérences.* — Le plus souvent, l'ulcère de la petite courbure s'accompagne de lésions inflammatoires de voisinage. Ces adhérences peuvent unir l'estomac soit avec la paroi abdominale antérieure, soit avec le bord inférieur du lobe gauche du foie, soit surtout avec les plans postérieurs. La périgastrite postérieure est très fréquente. L'ulcère adhère intimement au pancréas et l'arrière-cavité des épiploons se trouve effacée, comblée par des adhérences plus ou moins serrées. Or, l'établissement d'une gastro-entérostomie transmésocolique postérieure, la seule qui soit satisfaisante au point de vue physiologique, nécessite un accès facile sur la face posté-

rière de l'estomac. Si la périgastrite est ancienne, si la libération des adhérences est difficile et nécessite des manipulations longues, seules les opérations de dérivation pratiquées sur la face antérieure de l'estomac seront possibles. Or, la gastro-entérostomie antérieure n'est qu'un pis aller. Contrairement à l'opinion de Tuffier et Roux-Berger, point n'est besoin d'une grande mobilité des deux poches pour établir une gastro-gastrostomie. Il suffit de pouvoir les amener au contact, ce qui est, en général, possible. Et c'est dans ces cas d'estomac fixé, adhérent aux plans postérieurs, que cette intervention sera précieuse. « C'est dans ces cas difficiles, écrit Lecène, que la gastro-gastrostomie devient une très utile ressource. Cette opération, qui a l'inconvénient de laisser en place l'ulcère, a, par contre, le grand avantage de permettre, sans tiraillements sur les sutures, de faire une grande bouche anastomotique et de réunir très largement les deux poches sus et sous-stricturales. »

c) *État de l'orifice pylorique.* — Avant de choisir le procédé opératoire, le chirurgien doit s'enquérir de l'état du pylore. L'orifice pylorique est-il ou n'est-il pas perméable? La coexistence d'une sténose médiogastrique et d'une sténose pylorique, sans être très fréquente, n'est pas exceptionnelle. Celle-ci peut être due à plusieurs raisons : soit à un ulcère de la petite courbure bas situé, rétractant les tissus juxta-pyloriques vers la petite courbure : sur la lésion principale, le pylore se trouve donc attiré, déformé et de plus en plus gêné dans sa fonction; soit à l'existence d'un ulcère double siégeant à la fois sur la petite courbure et sur le pylore.

Quoi qu'il en soit, la conduite à tenir est alors dictée par l'oblitération du pylore. Si la résection du pylore et de la poche inférieure, qui sans discussion constitue l'opération de choix, est contre-indiquée absolument par l'état général ou des lésions locales trop marquées, que convient-il de faire? La gastro-entérostomie sur la poche cardiaque va évidemment permettre le passage du bol alimentaire dans le tractus intestinal, mais elle laisse subsister au-dessous d'elle un recessus à peu près clos où stagneront des débris alimentaires putréfiés et qui peut

être le point de départ de complications infectieuses graves. La gastro-gastrostomie seule ne peut suffire puisqu'elle ne remédiera pas à la sténose pylorique. Il convient alors ou de pratiquer une double gastro-entérostomie ou même d'associer à la gastro-gastrostomie une gastro-entérostomie sur la poche pylorique.

d) *Possibilité de l'exérèse secondaire.* — L'intervention de dérivation est donc souvent imposée au chirurgien comme intervention d'urgence. Si elle est pratiquée pour des lésions cicatricielles, elle suffit à la guérison définitive du malade. Mais elle peut, dans l'esprit de l'opérateur, ne constituer que le premier temps du traitement; après examen *de visu* des lésions, il reconnaît la nécessité de les enlever; l'état général du sujet ne lui permettant pas l'exérèse immédiate, qui serait aléatoire et dangereuse, il se contente alors de remédier à l'obstacle mécanique pour permettre l'alimentation normale. Quelle intervention de dérivation devra-t-il employer?

On a fait à la gastro-gastrostomie le reproche de se prêter moins bien que la gastro-entérostomie à une exérèse secondaire. Ce reproche, d'après Moiroud, est plus théorique que réel. Il n'en subsiste pas moins que dans les cas où une gastro-gastrostomie a été pratiquée, il faut, lors de la deuxième intervention, établir une nouvelle anastomose. Le chirurgien a-t-il, dans le premier temps, fait une gastro-entérostomie sur la poche cardiaque, il n'a plus qu'à s'occuper de l'exérèse des lésions, la continuité du tractus digestif se trouvant déjà assurée. L'opération se trouvera ainsi simplifiée au double point de vue de la longueur et de la technique. Dans les interventions devant s'effectuer en deux temps, il semble donc logique de préférer la gastro-entérostomie à la gastro-gastrostomie comme méthode de dérivation.

3° Choix entre le Finney-Lecène et la gastro-gastrostomie linéaire.

Nous avons vu que la gastro-gastrostomie conserve de nombreuses indications. Quelle technique convient-il d'utiliser de préférence : la gastro-gastrostomie linéaire ou la gastro-gastrostomie en fer à cheval ?

Disons tout de suite que le Finney-Lecène n'est pas applicable dans tous les cas. Il nécessite pour le tracé de son incision une bande de tissus souples au-dessous du canal sténosé. Si la paroi gastrique est constituée sur toute l'étendue de la sténose par des tissus enflammés, épaissis et indurés, le procédé devra être abandonné et l'on devra utiliser alors la gastro-gastrostomie linéaire.

Dans toutes les autres alternatives, la technique de Finney-Lecène est la technique de choix :

— Elle réalise la meilleure anastomose entre les poches sus et sous-stricturales en rétablissant la cavité gastrique dans sa forme normale ;

— Elle permet, dans certains cas, le traitement direct endogastrique de la lésion ulcéreuse cause de la biloculation et devient alors une méthode non plus seulement palliative, mais radicale.

W. Mayo a, en effet, préconisé une voie d'accès transgastrique pour le traitement des ulcères. Par la brèche large créée au cours du Finney-Lecène, le chirurgien peut mettre au grand jour la lésion. « Cette inspection directe renseigne sur l'état plus ou moins bourgeonnant de l'ulcère, sur son étendue, sur l'état des tissus avoisinants. Dès lors, il est facile de détruire exactement la portion malade (excision ou thermocautérisation suivies de suture endomuqueuse). Une telle opération a donc l'énorme avantage d'éviter les pertes de substance insuffisantes, comme aussi les sacrifices trop étendus et les déformations qu'ils entraînent. » (Tisserand, Congrès français de chirurgie, 1920).

Lanos (*Paris chirurgical*, 1921) rapporte 1 cas d'estomac

biloculaire où il employa avec succès cette méthode après incision à la Finney-Lecène. C'est la méthode de choix, dit-il, « puisqu'en même temps elle remédie à la sténose et en traite la cause, c'est-à-dire l'ulcère ». Et Pierre Duval s'est aussi exprimé en ces termes :

« Dans tous les cas où l'ablation de l'ulcère et de la sténose sont impossibles, je crois que la gastro-gastrostomie large doit être préférée, faite par le procédé de la duodéno-pyloroplastie de Finney, car elle permet le traitement endogastrique de l'ulcère.

En résumé, il nous semble que la gastro-gastrostomie et la gastro-entérostomie ont chacune leurs indications respectives dans le traitement de la biloculation gastrique. L'opinion de Christophe, qui conclut que la gastro-entérostomie sur la poche cardiaque est dans tous les cas d'estomac biloculaire le traitement de choix, nous semble trop absolue.

La gastro-entérostomie nous semble devoir être réservée aux cas de poche cardiaque volumineuse et à ceux de sténose médio-gastrique et pylorique associées quand l'opérateur est décidé à pratiquer une exérèse secondaire.

Hormis ces cas, dans les autres alternatives, la gastro-gastrostomie nous paraît devoir être utilisée :

— Poches égales ou poche pylorique plus grande que la poche cardiaque ;

— Estomacs fixés en arrière, adhérents au pancréas et aux gros vaisseaux.

CHAPITRE III

Résultats de la gastro-gastrostomie.

La gastro-gastrostomie relève, nous venons de le voir, d'indications précises et nombreuses dans le traitement chirurgical de la sténose médiogastrique d'origine ulcéreuse. Nous devons maintenant examiner ses résultats au double point de vue :

- 1° De la gravité opératoire ;
- 2° De l'avenir des opérés.

1° Gravité opératoire.

En 1909, dans son mémoire classique sur l'estomac biloculaire, Veyrassat signale 22 cas de gastro-gastrostomie avec 4 morts, soit 18 p. 100 de mortalité. La statistique de Moynihan qu'il publie en même temps comporte 14,2 p. 100 de décès et celle de Montprofit 10 p. 100.

En 1914, à la Société de chirurgie de Paris, Pierre Duval apporte 3 cas personnels sans décès. Dans son rapport en collaboration avec Delagénère, au Congrès français de chirurgie de 1920, il donne la statistique de Balfour, de Rochester (juin 1917) : 23 cas avec 1 mort, soit 4,4 p. 100.

Puis Finsterer publie 3 cas, Lecène 2, Antoine et de Martel 4, sans mortalité opératoire. Dans les 4 observations inédites que nous apportons, il n'y a également pas à enregistrer de décès.

Si l'on songe au peu de résistance des malades chez qui elle est le plus souvent pratiquée, il apparaît donc que la gastro-

gastrostomie n'est pas une intervention grave. Et ceci s'explique par sa rapidité d'exécution, sa facilité, le peu de manipulations qu'elle entraîne.

2° Résultats thérapeutiques.

Que deviennent ultérieurement les malades qui ont subi une gastro-gastrostomie ? Peu de résultats à distance sont publiés et comme le regrette Lecène, il est alors difficile de savoir « ce que vaut réellement, soumise à la décisive épreuve du temps, telle ou telle méthode de traitement chirurgical ».

Deux catégories de complications peuvent survenir chez ces opérés :

1° Des complications dues à ce que l'ulcère est resté en place et a amené par son évolution des complications qui lui sont propres : hémorragies, cancérisation secondaire. Mais c'est là un des graves inconvénients de toutes les opérations de dérivation, qu'il s'agisse de gastro-entérostomie ou de gastro-gastrostomie. Cependant, rappelons ici que la gastro-gastrostomie faite par le procédé de Finney-Lecène peut permettre, dans certains cas, le traitement endogastrique de l'ulcère (Obs. XI) et pallier ainsi à ces complications ;

2° Des complications propres à la gastro-gastrostomie.

Parmi celles-ci, les unes tiennent au rétrécissement secondaire de la bouche de gastro-gastrostomie ; les autres, exceptionnelles, au développement d'un ulcère peptique sur la bouche anastomotique.

Le rétrécissement de la bouche a été signalé à plusieurs reprises. Le foyer inflammatoire de l'ulcère se trouve, en effet, au contact de l'anastomose et il arrive qu'il englobe dans des adhérences la bouche opératoire et en gêne le fonctionnement. Bier apporte 2 cas de sténose secondaire de gastro-gastrostomie. Antoine et de Martel en signalent 1 cas survenu après six ans et Christophe (Obs. IX) 1 cas après cinq ans et demi. Il semble donc que cette complication soit, en général, tardive.

Quant à l'ulcère peptique développé sur la bouche de gastro-

gastrostomie, nous n'en avons trouvé que 2 observations dans la littérature médicale. L'une est fournie par Lafourcade (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1914), qui relate 1 cas de rétrécissement de la bouche de gastro-gastrostomie consécutif à un ulcère peptique; l'autre par Delore et Creyssel (*Lyon médical*, 1925, Obs. X).

Malgré ces complications, en réalité peu fréquentes, mais qu'il convient de signaler, la gastro-gastrostomie fournit des résultats à distance favorables. Dans la plupart des observations, nous notons une reprise rapide de poids, l'amélioration de l'état général et la cessation des phénomènes douloureux. Dans 3 de nos 4 observations inédites qui datent l'une de six ans, les 2 autres de près de trois ans, nous n'avons noté dans les suites aucun accident sérieux. Lecène (Obs. V et VI) nous apporte de même deux résultats éloignés satisfaisants au bout de six ans.

Aussi, nous pensons que la gastro-gastrostomie ne doit pas, comme le prétend Christophe, céder le pas dans tous les cas à la gastro-entérostomie dans le traitement de la sténose médio-gastrique ulcéreuse. L'une et l'autre interventions ont leurs indications et, employées à bon escient, elles peuvent être une ressource très utile dans la thérapeutique chirurgicale de l'estomac biloculaire.

CHAPITRE IV

Observations.

OBSERVATION I (inédite).

Due à l'obligeance de M. le docteur BARDON, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

Jeanne A..., 51 ans, ménagère.

Entre à l'Hôpital Saint-André, le 30 octobre 1925, pour douleurs gastriques.

Le début de l'affection remonte à mars 1924. La malade a ressenti à ce moment des pesanteurs après les repas, avec nausées et renvois acides, sans vomissements. Pas d'altération de l'appétit. Constipation marquée.

En septembre 1925, les douleurs changent de caractère. Elles deviennent plus intenses et se montrent quatre à cinq heures après chacun des deux principaux repas. Siège épigastrique un peu à gauche de la ligne médiane, sous le rebord chondro-costal, avec irradiations dorsales. L'ingestion des aliments ne les calme pas; les alcalins amènent une sédation légère et passagère. L'appétit est très diminué.

A l'examen, on trouve une femme pâle et très amaigrie. Les signes physiques au niveau de l'abdomen sont négatifs; la palpation ne décèle pas de points douloureux. Pas de clapotage.

Radioscopie (docteur Debédât). — L'estomac se remplit en deux temps. Dans le premier temps, s'injectent la portion sous-diaphragmatique et les deux tiers supérieurs de la cavité gastrique. Après un temps d'arrêt (une minute environ), le bas-fond et l'antrum pylorique



Avant l'intervention (29-11-25)



Après l'intervention (22-2-26)



30 mois après l'intervention (30-6-28)

cas n° 1. 51 ans, ménagère. Obs. I.

se remplissent. Le pylore se montre alors incontinent et dès l'arrivée du repas opaque, le duodénum s'injecte en totalité et reste injecté pendant toute la durée de l'examen.

En position frontale, entre les deux portions nettement individualisées par leur remplissage, se trouve un trajet sinueux d'environ 2 centimètres, bien limité, mobile, non douloureux à la pression. Pas de point douloureux sur le duodénum dont la mobilité est conservée (V. schéma radioscopique ci-joint).

En présence de ces faits, on porte le diagnostic de biloculation basse de l'estomac due à une sténose incomplète, probablement cicatricielle. La stase duodénale est peut-être due à une cohérence contractée entre le duodénum d'une part et la portion biloculée de l'estomac d'autre part.

Intervention (19 décembre 1923, docteur Bardon). — Laparotomie médiane susombilicale. L'estomac apparaît d'emblée nettement biloculaire avec sténose à la partie moyenne et poches de dimensions sensiblement égales. Sur la petite courbure, on découvre un ulcère volumineux entouré de périgastrite : celle-ci unit la petite courbure à la face inférieure du foie et fixe intimement l'estomac aux plans postérieurs.

Vu l'état général de la malade qui est médiocre, la résection médio-gastrique est jugée trop dangereuse. On décide de pratiquer une gastro-gastrostomie entre les deux poches sus et sous-stricturales.

Gastro-gastrostomie en U suivant le procédé de la pyloro-duodénostomie de Finney. Intervention facile.

Suites opératoires. — Immédiates simples, malgré quelques phénomènes pulmonaires tenaces. Localement, rien à signaler ; la malade s'alimente rapidement.

Radioscopie (2 février 1926). — Les deux poches communiquent largement. La bouillie bismuthée passe rapidement de la poche supérieure dans la poche inférieure.

La malade quitte l'hôpital très améliorée, ne souffrant plus, en augmentation de poids.

Revue au début de juillet 1928. L'état général de la malade se maintient bon, bien qu'elle accuse un léger amaigrissement depuis deux mois environ. Elle travaille comme avant sa maladie, mais a

ressenti depuis quelque temps quelques douleurs qui ont cédé sous l'effet du régime et des alcalins.

Radioscopie (docteur Réchou). — Estomac vertical descendant au niveau de la ligne des crêtes iliaques. Petite courbure linéaire sans image pathologique. Grande courbure présentant une encoche persistante.

La contraction de la sangle abdominale réalise une bonne ascension du bas-fond stomacal. Aucun point douloureux à signaler.

L'estomac se contracte bien et se vide normalement. A signaler de la stase duodénale avec dilatation des deuxième et troisième portions du duodénum. Pas de point douloureux à cet endroit.

Six heures après : Traces infimes du repas opaque dans le bas-fond stomacal. Le repas opaque se trouve dans le cæcum et à l'angle hépatique.

OBSERVATION II (inédite).

Due à l'obligeance du docteur CHAUVENET (de Thouars).

Cécile A..., 36 ans, cultivatrice.

Envoyée au docteur Chauvenet parce qu'elle souffre de l'estomac, vomit ses aliments et a considérablement maigri depuis trois mois.

Début de la maladie il y a trois mois, c'est-à-dire en août 1925, époque à laquelle elle aurait, dit-elle, reçu un violent coup de manche de fourche à l'épigastre.

Depuis ce moment elle est atteinte :

1° De douleurs violentes à type de brûlure à l'épigastre avec irradiations dorsales, survenant une heure après les repas ;

2° De vomissements alimentaires avec rejets fréquents d'aliments ingérés plusieurs heures et parfois deux jours auparavant ;

3° De troubles de l'état général caractérisés surtout par l'amaigrissement extrême.

Pas d'hématémèse ni de mœlena.

Radioscopie. — Estomac biloculaire typique. Image confirmée par un deuxième examen fait après traitement belladonné. Estomac peu mobile.

Rien à signaler par ailleurs.

Diagnostic. — Ulcère de la petite courbure en activité avec biloculation.

Intervention (7 décembre 1925). — Anesthésie loco-régionale excellente. Incision médiane. Il s'agit d'un ulcère calleux de la petite courbure, de la surface d'un écu de 5 francs, siégeant à la partie moyenne. Adhérences postérieures peu serrées. Le docteur Chauvenet est tenté de pratiquer une gastro-pyloréctomie, mais l'état général de la malade commande de faire le minimum.

Gastro-gastrostomie par large bouche. Suture en deux plans (catergut et lin). Durée de l'intervention, 20 minutes. Alimentation liquide dès le soir de l'intervention. Lever le surlendemain. Alimentation solide le sixième jour. Suites opératoires simples. Reprise rapide du poids.

Revue fin mai 1928, trente mois après l'intervention. Excellent résultat. La malade se porte très bien, a engraisé, ne souffre plus, mais a toujours suivi d'assez près le régime indiqué.

OBSERVATION III (inédite).

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé CHARRIER.

P... (Maria), 37 ans, de Salles (Gironde).

Entre à la maison de santé, le 3 février 1922, pour vomissements, douleurs gastriques et gros amaigrissement.

La malade est, en effet, considérablement amaigrie, mais non cachectique. Depuis huit mois, elle vomit tous les cinq ou six jours au début, puis tous les jours depuis un mois. Les derniers vomissements sont des vomissements de stase. Douleurs après chaque prise d'aliments, calmées par les vomissements. Appétit conservé. Constipation. Pas d'hématémèse ni de mœlena.

A l'examen, creux épigastrique assez souple. Son médecin, le docteur Dabadie, aurait constaté des ondes péristaltiques sous le rebord costal gauche. Pas de clapotage, pas de tumeur perceptible; peut-être résistance profonde. Pas de ganglions.

Pas d'examen radiologique ni de tubage.

Le 5 février, sous-anesthésie locale, laparotomie. On trouve un

magma épiploïque qui masque la région de l'estomac. On en résèque une grosse portion et on aperçoit une biloculation gastrique typique par une cicatrice épaisse, dure, résistante, donnant l'impression d'une tumeur. Pas de ganglions. Ce qui frappe le plus à l'inventaire, c'est ce fait que l'estomac est fortement collé dans la profondeur aux plans postérieurs et qu'il ne sera possible de le dégager qu'au prix d'une opération laborieuse que contre-indique l'état de la malade.

On décide de pratiquer une gastro-gastrostomie type Finney-Lecène. Exécution facile et rapide. Fermeture de la paroi en un plan au fil de bronze.

Suites opératoires particulièrement simples à peine troublées par une bronchite légère.

Sort de la clinique le 27 février, s'alimentant normalement, ne souffrant plus et ne vomissant plus.

Revue en mai 1926, soit quatre ans après, a considérablement engraisé : 12 kilos ; n'a jamais souffert depuis l'intervention.

Son médecin, le docteur Dabadie, l'a suivie jusqu'au début de 1928, moment où elle a quitté la région. Rien à signaler comme troubles jusqu'à cette date, soit six ans environ après l'opération.

OBSERVATION IV (inédite).

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé CHARRIER.

D... (Joséphine), 40 ans, ouvrière d'usine, est soignée par le docteur Dupin pour vomissements et douleurs gastriques après les repas. Entre à la Clinique Paul-Bert le 1^{er} décembre 1925.

A toujours souffert de l'estomac par crises durant vingt jours à un mois. Signes d'hyperchlorhydrie. Une hématomèse importante en avril 1920.

A l'examen, femme notablement amaigrie, ne s'alimentant plus qu'avec des liquides, difficilement tolérés même depuis deux mois.

La palpation dénote une masse épigastrique profonde, dure, nettement perceptible, du volume d'un petit œuf de poule. Clapotage gastrique à jeun, grosse rétention. Liquide gastrique hyperacide : 2 gr. 60.

Radioscopie. — Estomac biloculaire très net. Petite courbure festonnée, rigide, immobile. Le défilé médiogastrique est filiforme.

Intervention. — Éther. On trouve un estomac divisé en deux poches dont la supérieure, plus volumineuse, est séparée de la seconde par une plaque étoilée, blanche, très dure, fixant l'estomac dans la profondeur. Par décollement colo-épiploïque, on se rend compte que la masse est fortement adhérente au pancréas. Pas de ganglions.

Gastro-gastrostomie type Finney-Lecène, assez difficile, car les parois gastriques infiltrées coupent sous les points de suture. Paroi en un plan au fil de bronze.

Guérison très simple. Reprise rapide de l'état général. Dans les mois qui suivent, ne souffre plus, ne vomit plus et s'alimente normalement.

Perdue de vue dans la suite.

OBSERVATION V

LECÈNE, *Journal de chirurgie*, 1921, XVII.

Résultats éloignés d'interventions pour ulcères mésogastriques.

X..., 40 ans. Opérée en juin 1914.

Depuis quatre ans, douleurs gastriques avec renvois acides. En 1911, hématurie abondante. Douleurs survenant deux heures après les repas, à siège épigastrique avec irradiations dorsales, s'accompagnant souvent de vomissements alimentaires. Amaigrissement.

Radio. — Estomac biloculaire avec sténose haut située et fixe. Les mouvements imprimés à l'estomac ne modifient ni la forme, ni le siège du rétrécissement.

Intervention — Incision oblique s'étendant du rebord costal gauche au devant de l'ombilic avec section du grand droit. On trouve sur l'estomac, dans la direction du cardia, un rétrécissement très serré entouré de périgastrite adhésive. En arrière, la zone rétrécie et indurée est très adhérente au pancréas. Vu l'état médiocre de la malade, L. renonce à la résection segmentaire. Gastro-gastrostomie

par le procédé calqué sur la pyloro-duodénostomie de Finney; ouverture en fer à cheval des deux poches et de la zone rétrécie. Réunion pariétale sans drainage.

La malade est revue en mai 1920, c'est-à-dire six ans après l'intervention. Jusqu'en 1919, soit cinq ans et demi, la malade, mangeant de tout, a été très bien portante. En novembre 1919, elle a présenté une petite hématomèse; elle s'est mise au régime et depuis n'a plus souffert de son estomac. La radioscopie faite en décembre 1919 montre que l'estomac a une forme très voisine de la normale; il n'y a plus trace de rétrécissement.

OBSERVATION VI

LECÈNE, *Journal de chirurgie*, 1924, XVII.

Résultats éloignés d'interventions pour ulcères mésogastriques.

X..., 51 ans. Opérée le 20 juin 1914.

Souffre de l'estomac depuis vingt-cinq ans, avec rémissions de plusieurs mois. Douleurs deux heures après les repas, à siège épigastrique, avec irradiations dorsales. Souvent vomissements qui calment les douleurs.

En 1908, violente hématomèse de sang rouge. Depuis trois mois, les vomissements et les douleurs ont augmenté d'intensité au point que la malade ne prend plus que du lait en petite quantité. Gros amaigrissement.

Radio. — Estomac biloculaire. Le bismuth filtre très lentement au niveau de la zone rétrécie. Le pylore paraît normal.

Intervention. — Au niveau de l'antrum pylorique, on trouve un peu de périgastrite adhésive facilement libérée. Pylore non rétréci. Plus haut, sur la petite courbure, cicatrice blanche, étoilée d'ulcère cicatrisé. L'estomac, en ce point, est très rétréci. En arrière, il est tout à fait soudé au pancréas et l'arrière-cavité des épiploons est remplie d'adhérences. L'état de la malade étant des plus médiocres, la résection médiogastrique apparaît comme dangereuse. L. pratique une gastro-gastrostomie entre les deux poches sus et sous-stricturales en suivant un procédé calqué sur la pyloro-duodénostomie de Finney.

Réunion sans drainage. Guérison sans complication.

La malade est revue six ans après (juin 1920). État général excellent, grosse augmentation de poids. Cependant, à deux reprises, elle a eu des crises douloureuses gastriques qui ont duré une semaine environ et cédé au régime. Elle n'a jamais vomi depuis l'intervention et mange à peu près de tous les aliments.

OBSERVATION VII

MOIROUD, *Archives franco-belges de chirurgie*, 1924.

Ulcère de la petite courbure. Biloculation gastrique.

Gastro-gastrostomie.

X..., 50 ans.

Passé gastrique remontant à vingt-cinq ans. Entre à l'hôpital en mai 1923. Amaigrissement de 10 kilos, teint jaunâtre. Douleur très vive au niveau du creux épigastrique.

Radioscopie. — Estomac ptosé, biloculaire, dont les deux poches communiquent par un trajet filiforme sinueux. Grossé stase gastrique.

Diagnostic. — Estomac biloculaire par ulcère de la petite courbure peut être en dégénérescence.

Intervention (10 juin 1923). — On trouve un estomac biloculaire avec poche cardiaque très développée. Pylore normal. Sur la petite courbure et l'occupant presque entièrement, volumineuse masse indurée adhérente au plan postérieur. Petit épiploon infiltré.

Devant la fixité, l'étendue des lésions et la nécessité d'une intervention rapide, M. abandonne l'idée d'une exérèse et pratique une gastro-gastrostomie avec large anastomose.

Suites opératoires simples. Les douleurs disparaissent et l'appétit revient. Augmentation rapide de poids : 7 kilos dans les mois qui suivent l'intervention.

Une radioscopie ultérieure montre le parfait fonctionnement de l'anastomose.

OBSERVATION VIII

DELORE et MICHON, *Lyon médical*, 1924.

Du choix de l'intervention dans l'estomac biloculaire.

M^{me} X..., 57 ans.

Douleurs gastriques depuis l'âge de 15 ans. A 30 ans, ouverture spontanée d'une collection suppurée de l'hypocondre droit; vraisemblablement il s'est agi d'un abcès sous-phrénique.

Douleurs tardives sous forme de brûlures calmées par l'ingestion d'aliments. Les vomissements, rares au début, deviennent de plus en plus fréquents; malade cachectique.

Radioscopie. — Ne donne aucune précision. On aperçoit seulement dans la région de l'hypocondre gauche une ombre floue.

Intervention (20 octobre 1924). — Laparotomie sous-ombilicale. L'estomac est voilé par de la périgastrite intense réunissant le foie et l'estomac à la paroi abdominale. Vésicule biliaire atrophique: cholécystectomie.

Sur la partie moyenne de l'estomac, on remarque alors une sténose très serrée, admettant à peine le petit doigt, intimement soudée aux plans postérieurs.

Gastro-gastrostomie. — Suites simples. L'état général de la malade s'améliore rapidement.

OBSERVATION IX

CHRISTOPHE, *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, 1923.

Résultats éloignés des diverses interventions pour ulcus de la petite courbure de l'estomac.

M^{me} L..., 32 ans.

Opérée une première fois en mars 1913 par gastroplastie pour estomac biloculaire dû à un ulcus calleux de la petite courbure.

Deux jours après sa sortie de l'hôpital, elle est prise de violentes douleurs accompagnées de vomissements glaireux et alimentaires.

Le 23 avril 1913, deuxième intervention. Gastro-gastrostomie par

Cotédoat-Lamarque

anastomose de la face antérieure de la poche cardiaque à la face antérieure de la poche pylorique.

Radioscopie (5 février 1914). — L'estomac est nettement biloculaire, mais l'évacuation se fait rapidement. Pas de douleur à la pression.

Jusqu'en 1918, la malade est bien portante et ne se plaint pas de l'estomac. Mais à ce moment, récidive des douleurs d'abord peu marquées et calmées par l'ingestion d'alcalins, puis plus accentuées.

Une radioscopie exécutée en mars 1919 montre une biloculation gastrique peu nette, en position antéro-postérieure, mais manifeste en oblique antérieure gauche. Image diverticulaire au niveau du rétrécissement. Une heure après le premier examen, la poche supérieure est vide, les deux tiers de la baryte sont dans le grêle.

Le 2 février 1920, troisième intervention : Gastro-entérostomie postérieure sur la poche cardiaque.

Suites très favorables. La malade ne souffre plus et se met à engraisser.

OBSERVATION X

DELORE et CREYSEL, *Lyon médical*, 1925.

Ulcère peptique développé sur une bouche de gastro-gastrostomie pour vieil ulcus mésogastrique adhérent avec biloculation. Résection. Guérison.

X..., 60 ans.

Douleurs gastriques accompagnées de régurgitations aqueuses aussitôt après l'ingestion d'aliments. En janvier 1924, hématemèse abondante. Mauvais état général.

Radioscopie. — Estomac biloculaire par ulcère.

Intervention (21 mars 1924). — On tombe sur un ulcus médiogastrique énorme, en activité, adhérent au foie et au pancréas avec biloculation gastrique très accentuée. La poche supérieure est volumineuse, à parois épaisses, cartonnées; la poche inférieure est souple, d'apparence normale.

En raison de la cachexie de la malade et des dangers de l'exérèse, on pratique une gastro-gastrostomie.

Suites opératoires très simples. Les digestions deviennent faciles et les douleurs cessent. La malade reprend du poids et des forces.

En novembre 1924, les douleurs reprennent après les repas, accompagnées de vomissements bilieux. La malade maigrit à nouveau. La radioscopie montre du retard dans l'évacuation gastrique.

Deuxième intervention le 6 décembre 1924.

Laparotomie sus-ombilicale. Les deux poches pylorique et cardiaque, d'épaisseur et de consistance normales, communiquent largement par l'orifice. Mais, en avant et en haut de l'anastomose, on découvre une induration recouverte d'arborisations, symptomatique d'un ulcère peptique de la bouche.

Résection. Suture transversale de la brèche en trois plans. Guérison.

OBSERVATION XI

LANOS, *Paris chirurgical*, 1921.

Du traitement chirurgical des sténoses médiogastriques : la gastro-anastomoplastie en fer à cheval.

Malade atteinte de sténose médiogastrique avec ulcère au niveau de la face antérieure et périgastrite adhésive très marquée.

Gastro-gastrostomie selon le procédé de la pyloro-duodénostomie de Finney avec application du traitement endogastrique des ulcères de W. Mayo ; thermocautérisation de l'ulcère et suture en bourse de la muqueuse.

Suites immédiates favorables. Disparition des douleurs intolérables et constantes avant l'intervention.

CONCLUSIONS

I. — La thérapeutique chirurgicale de l'estomac biloculaire d'origine ulcéreuse comprend deux méthodes : l'exérèse et la dérivation.

L'exérèse se trouve indiquée :

a) Si l'état général est satisfaisant : sujet encore résistant ;

b) Si localement il s'agit d'un ulcère en évolution manifeste et que les difficultés opératoires ne paraissent pas insurmontables (peu d'adhérences ou adhérences facilement libérables).

La dérivation s'emploiera de préférence :

a) Si le sujet est fatigué, peu résistant. Elle sera alors souvent le premier temps d'une exérèse secondaire ;

b) Si localement il s'agit de lésions cicatricielles ou qu'on se trouve en présence d'adhérences telles qu'elles empêchent l'ablation des lésions.

II. — Deux procédés de dérivation peuvent être utilisés : la gastro-entérostomie transmésocolique postérieure sur la poche cardiaque et la gastro-gastrostomie.

La gastro-entérostomie sera indiquée dans les cas suivants :

1° Sténose pylorique concomitante (possibilité des deux opérations combinées) ;

2° Volumineuse poche cardiaque ;

3° Accès facile sur la face postérieure de l'estomac.

Ses avantages :

Elle convient mieux pour les opérations en deux temps ;

Elle peut contribuer à l'amélioration de l'ulcère par l'alcalinisation du suc gastrique.

La gastro-gastrostomie sera utilisée :

1° Si le pylore est perméable ;

2° Si les deux poches sont de volume à peu près égal ou que la poche pylorique est plus grande que la poche cardiaque ;

3° S'il existe de fortes adhérences postérieures fixant l'estomac et effaçant l'arrière-cavité des épiploons.

III. — Quelle technique de gastro-gastrostomie choisir ?
Linéaire ou Finney ?

Toutes les fois qu'il sera possible, le Finney-Lecène devra être utilisé à cause de :

Sa facilité technique ;

L'anastomose large qu'il crée et qui redonne à la cavité gastrique sa forme normale ;

Parce qu'il permet le traitement endogastrique de l'ulcère.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Lé Doyen,*

Le Président,

C. SIGALAS.

P. BÉGOUIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 9 juillet 1928.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

Pour la bibliographie antérieure à 1919, se rapporter aux thèses suivantes :

SARAH KAM, dite SILINSKY. — Contribution à l'étude des indications des procédés opératoires dans le traitement chirurgical de l'estomac biloculaire. Paris, 1918.

TRIBOUT (Ferdinand). — Examen radiologique des biloculations de l'estomac et des résultats opératoires. Paris, 1918-1919.

ANTOINE et DE MARTEL. — La sténose médiogastrique d'origine ulcéreuse et son traitement. *Gazette des hôpitaux*, Paris, 1923.

CHAUFFARD. — Les sténoses médiogastriques. *Revue générale clinique et thérapeutique*, Paris, 1924.

CHRISTOPHE. — Résultats éloignés des diverses interventions pour ulcus de la petite courbure de l'estomac. *Archives des maladies de l'appareil digestif*, Paris, 1923.

CORNUDET (Bernard). — Diagnostic radiologique et traitement chirurgical des sténoses médiogastriques ulcéreuses. Thèse Paris, 1921-1922.

CREYSSEL. — Ulcère peptique développé sur une bouche de gastro-gastrostomie pour vieil ulcus mésogastrique adhérent avec biloculation. Résection. Guérison. *Lyon médical*, 1925.

CROHN. — The conservative treatment of hour glass stomach. *Med. clin. N. A.*, Phila., 1924.

DELORE et MICHON. — Du choix de l'intervention dans l'estomac biloculaire. *Lyon médical*, 1924, CXXXIII.

DUVAL (P.). — *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, décembre 1919.

— *Rapport au Congrès français de chirurgie*, 1920.

HARTMANN (H.). — Chirurgie de l'estomac.

GINESTY. — Contribution à l'étude de l'ulcère de la petite courbure de l'estomac. Thèse Toulouse, 1922.

- HUGUIER. — *Paris chirurgical*, janvier 1920.
- JEANNE. — Sténose médiogastrique et sténose pylorique ulcéreuses associées : gastro-gastrostomie et gastro-entérostomie. *Normandie médicale*, Rouen, 1923, XXXIV.
- LANOS (J.). — Du traitement chirurgical des sténoses médiogastriques par ulcère : la gastro-anastomoplastie en fer à cheval. *Paris chirurgical*, 1924, XIII.
- LECÈNE (P.). — Résultats éloignés d'interventions pour ulcères méso-gastriques. *Journal de chirurgie*, Paris, 1924, XVII.
- LECÈNE-LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale, t. III.
- LE NOIR et BARIÉTY. — Considérations sur la pathogénie de l'estomac biloculaire d'origine ulcéreuse. *Presse médicale*, Paris, 1924.
- MEYER et BRAMS. — The diagnosis and treatment of hour glass stomach. *Surg. clin. N.-A.*, Philadelphie, 1925.
- MOIROUD. — Ulcère de la petite courbure. Biloculation gastrique. Gastro-gastrostomie. *Archives franco-belges de chirurgie*, Bruxelles, 1924, XXXVII.
- PAUCHET. — The treatment of hour glass stomach. *Med. J. et Rec. N.-Y.*, 1925, CXXI.
- RAMADIER. — Sténose médiogastrique par ulcère. *Bulletins et mémoires de la Société d'anatomie de Paris*, 1924.
- ROSE (W.-H.). — Gastro-gastrostomy for hour glass stomach. *Boston M. et S. J.*, 1924.
- RIVES. — Les biloculations gastriques. Revue générale. *Gazette des hôpitaux*, avril 1949.
- STERNBERG. — Gastroskopische therapie der Sanduhrstenose. *Ther. p. d. Gegenw.*, Berlin, 1925.
- THOMAS (W.-T.). — Observations on fifty cases of hour glass stomach subjected to operation. *Brit. J. Surg.*, Bristol, 1924.
- VIANNAY. — Ulcère de la petite courbure ayant déterminé une sténose du pylore et une biloculation de l'estomac. Gastro-entérostomie sur la poche inférieure et gastro-gastrostomie. Guérison se maintenant depuis plus de trois ans. *Loire médicale*, Saint-Étienne, 1924, XXXVIII.

